

**Le certificat médical accompagné de ce document  
doit être remis dans les CINQ jours du sinistre à**

**Jean-Marc POLI BE 6200 CHÂTELET - Rue de la Fontaine, 3**



**+ 32 473 384 499**



**071/490 212 -**



**[assurance.bfa@gmail.com](mailto:assurance.bfa@gmail.com)**

<b>Nom et prénom du blessé</b>	
<b>Club du blessé</b>	
<b>Date de l'accident</b>	___/___/201__
 <b>blessé ou parents (téléphone)</b>	<b>+32 4</b> ___/___-___-___
 <b>blessé ou parents (email)</b>	_____@_____
<b>Coller ici une vignette de mutuelle</b>	
<b>Numéro de compte en banque</b>	<b>BE</b> ___ - ___ - ___ - ___ - ___

**Ensuite la déclaration d'accident sera complétée et transmise  
à la compagnie par nos soins.**

**Le blessé doit payer les factures et se faire rembourser par la mutuelle.** Seule la quote-part non remboursée par la mutuelle sera remboursée par la compagnie (sous déduction de la franchise de 25 €). Après réception du certificat de guérison par la compagnie, le dossier sera effectif et le sinistré devra fournir le certificat de guérison rempli et signé par le médecin, les originaux de tous les frais encourus lors de l'accident et les originaux des bordereaux de remboursement de la mutuelle ainsi que les protocoles médicaux. En respectant cette procédure, nous éviterons des retards importants dans les dossiers.

**Arena Assurances SA**

**Avenue des Nerviens, 85/2 - BE 1040 BRUXELLES (Etterbeek)**

**+32 (0)2 209.16.00 - [arena@arena-nv.be](mailto:arena@arena-nv.be)**

Belgium Futsal Association	Nouvelle declaration	Dossier existant
Police n° <b>1114887</b>		Dossier N°

## CERTIFICAT MEDICAL

*A remplir par le médecin*

1) Nom du médecin Adresse .....

Tel. n° ..... E-mail .....

2) Nom de la victime .....

Adresse .....

3) Date de l'accident : \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

4) Date et heure à laquelle vous avez examiné la victime \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_ A \_\_\_\_H\_\_\_\_

5) Quelle est la nature des lésions encourues et quelles sont les parties du corps qui ont été touchées ?

.....  
 .....  
 .....

S'agit-il d'une lésion due à un traumatisme aigu ?  oui  non

> Y a-t-il une anamnèse ?  oui  non

> La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou une prédisposition ?  oui  non

> Remarques : .....

6) Durée prévue du traitement .....

7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ?  oui  non

> Totalement pendant ..... jours.

> Partiellement pendant ..... jours.

8) Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste soit indispensable ?  oui  non

> Si oui, laquelle ? .....

9) L'accident entrainera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espérer le rétablissement complet ?

.....

### ANTECEDANTS

10) La victime était-elle antérieurement à l'accident mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ?

.....

11) L'anamnèse révèle-t-elle que dans le passé la victime a déjà eu un accident ou présenté des symptômes ayant ou non donné lieu au traitement des lésions du même type de celles que vous avez constatées actuellement ?

S'agit-il éventuellement d'une récurrence ? .....

Fait à \_\_\_\_\_

En date du \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

**Signature et cachet du médecin**